Oesterreichische medicinische Wochenschrift.

(*Ergänzungsblatt der medicin. Jahrbücher des k. k. österr. Staates.*)

Herausgeber: Dr. J. N. Ritter v. Raimann. — Hauptredacteur: Dr. A. Edler v. Rosas.

No. 5. **Wien, den 30. Jänner.** **1847.**

1.

Original-Mittheilungen.

Angeborene Verrenkung der Kniegelenke.

Von Dr. Ludwig Melicher.

Als ich das letzte Mal meine Vaterstadt Rzeszow in Galizien besuchte, sah ich ein gegen 30 Jahr altes Frauenzimmer, das mit folgender Missbildung schon zur Welt gekommen war. Es fehlten ihr beide oberen Extremitäten, und nur im Schultergelenke waren Rudimente von Fingern vorhanden. Im rechten Schultergelenke ragte aus der *Cavitas glenoidalis scapulae* der Zeige- und Mittelfinger und ein kleiner, dem *Digitus annularis* entsprechender Finger hervor; im linken Schultergelenke waren der Daumen und Zeigefinger und einige warzenförmige Erhabenheiten vorhanden. Die übrigen Knochen der obern Gliedmassen fehlten gänzlich. Sie konnte die Finger etwas bewegen, aber durchaus nicht gebrauchen. Jedoch den Mangel der obern Extremitäten ersetzte die Natur durch die abnorme Beweglichkeit der untern Gliedmassen. Trotz dem, dass sie gut gehen konnte, war die Beweglichkeit beider Hüft- und Kniegelenke sehr gross. Besonders merkwürdig erschien das Kniegelenk; die Patella war klein und die Unterschenkel nach allen Richtungen so beweglich, wie bei einem freien Gelenk. Sie konnte freiwillig die Unterschenkel nach hinten vollkommen, und nach den Seiten hin und nach vorne unvollkommen luxiren, ohne Schmerzen im Kniegelenke zu empfinden. Essen und Trinken konnte sie mit Hülfe der Unterschenkel und der Füsse sehr gut, und zwar folgender Massen: Sie setzte sich auf den Boden, und fasste den neben ihr gestellten, mit einem Henkel versehenen Topf, in welchem die Speisen sich befanden, mit der linken grossen Zehe, indem sie diese in die Öffnung des Henkels steckte und den Topf dergestalt aufhob, dass er an die Fusssohle gestützt war; dabei drehte sie den Fuss so um seine Längenachse, dass die Fusssohle nach innen, der Rücken nach aussen gekehrt war, gleichsam als wenn es ein Klumpfuss wäre, und näherte denselben bis zur Entfernung einer Wiener Elle dem Munde. Bei dieser Annäherung bekam der linke Oberschenkel eine schiefe Richtung und Drehung nach aussen, während im Kniegelenke eine unvollkommene Luxation des Unterschenkels nach der inneren Seite hin Statt fand. — Zwischen die rechte grosse Zehe und der angränzenden zweiten Zehe fasste sie den auf den Boden gelegten Löffel am Griffe, so dass der Stiel gegen den Rücken, die Aushöhlung aber gegen die Fusssohle und nach vorn gerichtet war, stellte den Fuss klumpfussartig, und indem der Oberschenkel nach auswärts gerichtet war, luxirte sie ebenfalls den rechten Unterschenkel nach der innern

Seite hin, steckte den Löffel in den Topf hinein und schöpfte mit demselben den Inhalt heraus. Indem sie den Oberkörper nach vorne neigte und den Oberschenkel nach aufwärts hob, brachte sie den Löffel bis in den Mund, welches Manoeuvre sie so lange wiederholte, bis der Topf leer war. Dabei nahm sie die Speisen aus dem Topfe so gut heraus, es mochten flüssige, breiige oder feste gewesen sein, dass sie dieselben nicht im mindesten verschüttete. Wenn sie trinken wollte, fasste sie das Glas Wasser, welches Glas aber mit einem Henkel versehen sein musste, mit der rechten grossen Zehe am Henkel gerade so wie den Topf, näherte dasselbe dem Munde und trank den Inhalt aus. Dabei konnte sie ganz frei sitzen, oder sie lehnte sich mit den Lendenwirbeln an eine Mauer an. Sie konnte die Unterschenkel so gebrauchen, wie man die Vorderarme gebraucht Da sie eine arme Person war, und durch Betteln ihr Leben fristete, so konnte ich sie, da sie einige Male in der Woche von meinen Eltern gespeist wurde, sehr oft beobachten. Die Subluxation nach innen und nach aussen konnte man sehr leicht aus der Stellung der Unterschenkel gegen die Oberschenkel hin erkennen. Das Schienbein bildete, je nachdem sie eine Subluxation des Unterschenkels nach innen oder nach aussen bewerkstelligte, einen beträchtlichen Vorsprung oberhalb des *Condylus internus* oder *externus femoris*, während sich an der entgegengesetzten Seite unter dem andern Condylus eine bedeutende Vertiefung darstellte; also an dem innern Schenkelcondylus, wenn die Subluxation nach aussen war, und an dem äussern Condylus, wenn sie nach innen war. Hier war die Vertiefung beträchtlich und der Condylus stark hervorragend. Bei der Bildung der äussern unvollkommenen Verrenkung war vorzüglich der ***Musculi biceps femoris*** thätig und gespannt durch die Haut anzufühlen. Bei der Subluxation nach innen, die sich der vollkommenen sehr näherte, waren die ***Musculus semimembranosus***, ***semitendinosus***, ***gracilis et sartorius*** sehr wirksam, und deren Sehnen unter der Haut hervorragend anzufühlen. Bei diesen Subluxationen hatte nicht nur die Tibia die Gelenkflächen der Condyli zum Theil verlassen, sondern es bewegte sich (da der Unterschenkel mit dem Oberschenkel einen mehr oder weniger spitzigen Winkel bildete, indem sie beim Essen den Löffel, der sich zwischen den Zehen befand, dem Munde näherte und ihn entfernte) auch der mittlere Theil der Tibial-Gelenkfläche bei der Subluxation nach innen in einem Halbbogen an dem innern Rande des innern Condylus des Schenkels. Bei diesen freiwilligen Verrenkungen wich auch die kleine Kniescheibe von innen nach aussen, wenn die unvollkommene Luxation nach aussen, und in der entgegengesetzten Richtung, wenn die Subluxation nach innen Statt fand. Die Luxation der Tibia nach vorne ist bei dieser Person ebenfalls unvollkommen; denn nur der vordere Theil der Gelenkfläche vom Schienbein ragte über die Condylen des Schenkelbeines hervor, während der hintere Theil der Tibial-Gelenkfläche noch mit den Condylen in Berührung war; die Kniescheibe ist nach aufwärts geschoben, und in der Kniekehle bildet der Oberschenkel mit dem Unterschenkel einen Winkel. Da hier eine unvollkommene Verrenkung Statt findet, so kann sie die Unterschenkel beim Gehen gut gebrauchen. Bei einer vollkommenen Luxation wäre das Gehen unmöglich, oder sehr erschwert, indem bei der Streckung des Unterschenkels derselbe zu stark nach auf- und vorwärts gezogen, und die Condyli des Oberschenkels zu weit nach hinten auf der Gelenkfläche der Tibia ausgleiten würden, wodurch jeder Tritt unsicher wäre. Die Luxation der Tibia nach hinten konnte sie vollkommen bewirken, der Unterschenkel war dabei stark gebeugt, die Condyli des Femur ragten nach vorn stark hervor, die kleine Patella war in ihrem Zwischenraume gelagert, und in der Kniekehle hinter dem untern Ende des Oberschenkels fühlte man das obere Ende des Schienbeines. Diese Luxation machte ihr keine Schmerzen, und wenn sie wollte, so konnte sie 10 bis 20 Schritte mit den blossen Schenkelbeinen machen. Die Muskeln der Ober- und Unterschenkel waren kräftig und gut entwickelt, so dass sie sehr schnell gehen konnte ohne zu fallen; laufen konnte sie nicht: denn sie verlor dabei das Gleichgewicht und fiel gewöhnlich auf den Rücken. Beim Gehen bemerkte man ein Schwanken des Oberkörpers bald auf die rechte, bald auf die linke Seite. Wenn sie auf der Erde sass, so konnte sie leicht aufstehen; indem sie nämlich auf das eine Knie gestützt, dem Oberkörper eine schwingende Bewegung nach aufwärts gab, hob sie sich in die Höhe und kam auf die Füsse zu stehen. Die Haut um das Knie herum ist schlaff anzufühlen, die Bänder sind stark verlängert, und die Unterschenkel sehr beweglich. Die Zehen sind alle gut gebildet, und nur etwas länger und

bedeutend beweglicher, als sie sonst bei andern Menschen zu sein pflegen. Eine Krankheit im Hüft- oder Kniegelenke hatte sie nie gehabt. Sie kam, wie versichert wurde, mit gebeugten Unterschenkeln zur Welt, und da ihre ebenfalls armen Eltern frühzeitig starben, so musste sie ihre untern Gliedmassen in ihrem 5. Lebensjahre, besonders beim Gebrauche der Nahrung, so handhaben, wie andere Menschen die obern Extremitäten gebrauchen. Bis zum 30. Lebensjahre wurde sie von wohlthätigen Menschen erhalten und dann, wenn ich nicht irre, in einem Versorgungshause (*Spital dla Ubógich* zu Rzeszow) untergebracht.

Paresis der Extremitäten, complicirt mit Hypertrophie der Leber und gichtischer Crase, geheilt durch die Thermen von Carlsbad und Teplitz.

Mitgetheilt von Dr. L. Fleckles, practischem Arzte in Carlsbad.

N. N., 49 Jahre alt, seit vielen Jahren von mannigfachen Visceral-Affectionen heimgesucht, wozu endlich Paresis der Extremitäten sich gesellte, ohne dass ein Spinalleiden sich als Grund annehmen liess, kam aus dem fernen Russland nach Deutschland, um gegen letzt bezeichnete Krankheitserscheinung Gastein's Thermen zu gebrauchen. Auf seiner Reise nach dem genannten Curorte verweilte er in Wien und consultirte den rühmlich bekannten Practiker Dr. Stoffella. Dieser fand bei genauer Prüfung der Causalmomente und der gegenwärtigen Symptome, dass anomale Gicht mit Hypertrophie der Leber, nebst einem bedeutenden Grade von abdomineller Plethora dem ganzen proteusartigen Übel zu Grunde liege, und entwarf einen vollständigen Heilplan, dem gemäss Pat. zuerst Carlsbad, und zur Nachcur Teplitz gebrauchen sollte.

In Carlsbad liess ich N. N. vorzüglich Sprudel trinken, und verordnete Schlammbäder und Moorcataplasmen auf die von Paresis ergriffenen Glieder. Nach einer vollständigen sechswöchentlichen Brunnen- und Badecur in Carlsbad, schritt Pat. zur Nachcur in Teplitz, wo er 4 Wochen badete. Der Erfolg beider Brunnencuren entsprach auf

überraschende Weise den gehegten Erwartungen, und rechtfertigte *a posteriori* die richtig gestellte Diagnose.

Zwei Fälle von Prosopalgie.

Von Demselben.

Fräulein N., 42 Jahre alt, kam aus Copenhagen nach Deutschland, um für das qualvolle Leiden, welches bei ihr auf abdomineller Plethora und Flechtendyscrasie beruhte, eine entscheidende Heilquelle zu gebrauchen. Sie consultirte G. M. Rath v. Ammon in Dresden, der sich für Carlsbad entschied. Pat. erschien mit vieler Hoffnung an unserem Curorte. Ein achtwöchentlicher Gebrauch, vorzüglich des Sprudels, ward anfangs durch heftige Paroxysmen des bezeichneten Leidens unterbrochen; in der zweiten Hälfte der Cur jedoch blieb der Schmerz durch mehrere Wochen gänzlich aus. Pat., die sich seit vielen Jahren keiner solchen Pausen in ihrem qualvollen Übel zu erfreuen hatte, reiste mit der gewonnenen Überzeugung einer glücklichen Wendung ihrer Krankheit vom Curorte ab, die sich in der Folge auch bewährte.

In einem zweiten Falle von dem genannten Leiden bei einer Dame aus Deutschland, wo die hartnäckige Neuralgie durch bedeutende Physconie der Leber und die damit verbundenen Functions-Anomalien der Unterleibsorgane bedingt war, hatte der sechswöchentliche, bloss innere Gebrauch unserer Thermen im Jahre 1845 (4 — 6 Becher Marktbrunn täglich) eine Pause zur Folge, die ein volles Jahr andauerte. Erst als Pat. im Jahre 1846 zur Wiederholung der Trinkcur erschien, stellten sich wieder, in Folge einer Erkältung auf der Reise, die ersten Symptome des qualvollen Übels ein, das fast durch die ganze Curperiode anhielt und erst zwei Monate nach Beendigung der Cur zu weichen begann.

Ich habe einige andere Fälle von Prosopalgie beobachtet, wo unsere Thermen weder eine Pause noch irgend eine Linderung erzeugt hatten; Fälle, wo zwar auch Abdominalplethora bestand, dieselbe aber eine weit untergeordnetere Rolle spielte, da das Leiden selbst mehr schon in der nervösen Sphäre heimisch geworden war.

2.

Auszüge aus in- und ausländischen Zeitschriften und fremden Werken.

A. Diätetik.

Xyloïdin als Nahrungsmittel. Anonym. — Pelouze fand, dass durch Einwirkung der Salpetersäure auf Hölzer im Allgemeinen ein Körper entstehe, welcher ihm seinen Elementen zu Folge mit Faser-, Eiweiss- und Käsestoff sehr nahe verwandt erschien, an dessen Nahrhaftigkeit er daher keinen Augenblick zweifeln zu dürfen glaubte. Er stellte übrigens keine Experimente damit an. Bernard und Barreswill theilen jetzt die Erfolge fünfjähriger Versuche mit genannter Substanz mit, welche ganz gegen deren Nahrhaftigkeit sprechen. Das Xyloidin erleidet im Darmcanale der Thiere gar keine Veränderung, es möge in welcher Form immer angewendet werden; es bleibt weiss, brennbar, im Wasser unlöslich, löslich in Essigsäure und Weingeist. Man findet es höchstens mit einer Schichte von Schleim bedeckt. (*Gazette médicale de Paris. 1846. Nr. 48.*)

Hirschler.

Einfluss des Kochsalzes auf die Ernährung. Von Boussingault. — Vom theoretisch-physiologischen Standpuncte aus war man seit lange darin übereingekommen, dass Kochsalz die Ernährung des thierischen Organismus sehr befördern müsse, da Natron ein integrirender Bestandtheil aller animalischen Flüssigkeiten ist. Von vorhinein war diese Vermuthung gerechtfertigt, nur hat man die Nahrungsfähigkeit dieser Substanz oft überschätzt, ihren Werth zu hoch angeschlagen. Boussingault suchte sich durch directe Experimente in dieser Sache Licht zu verschaffen. Er wählte zu diesem Zwecke 10 junge Stiere, welche ungefähr das gleiche Alter und das gleiche Gewicht hatten, und theilte sie in zwei Abtheilungen. Beide Theile erhielten die nämliche Quantität Futter, nur dass dem einen 34 Gram. Salz beigemischt wurden, dem andern aber nicht. Es ergab sich aus dem genannten Versuche, dass das Salz kein merkbares Plus des Körpergewichtes zur Folge hatte. Die Thiere, welche Salz bekamen, tranken mehr und frassen ihr Futter in kürzerer Zeit, als jene, welche dieses Gewürz entbehrten; letzteres bewirkte daher eine Vermehrung des Hungers. Der Umstand, dass das beigemischte Kochsalz keine Gewichtszunahme veranlasste, scheint mit dem oben angedeuteten physiologischen Grundsatze im Widerspruche zu stehen; er verliert aber diesen Anschein, wenn man die zur Digestion erforderliche Dosis berücksichtiget. Eine so kleine Menge Natronsalz ist wohl in den meisten Futtergattungen unserer Hausthiere enthalten; eine übergrosse Quantität davon kann aber die Verdauung eher stören als befördern (*Gazette médicale de Paris. 1846. Nr. 48.*)

Hirschler.

B. Pathologie.

Phlebitis der Rückenvene des Penis in Folge des Trippers. (Anonym.) — Ein Mann, der an einem acuten Tripper litt, bekam wegen bedeutenden Schmerzen in der Harnröhre 15 Blutegel auf den Penis, später Cubeben mit Copaivabalsam. Darauf hörte der Ausfluss auf, der Kranke bekam aber plötzlich lebhafte Schmerzen längs der oberen Fläche des Penis, wo man, der Rückenvene des Gliedes entsprechend, einen Federkiel dicken, harten, schmerzhaften Strang fühlte, der sich am Schambogen verlor; an der Vorhaut entwickelte sich ein bedeutendes Ödem. Es wurden wiederholt Blutegel angesetzt und dann die Mercurialsalbe eingerieben. An einzelnen Stellen des Stranges stellte sich phlegmonöse Entzündung ein, und an der Wurzel des Penis bildete sich ein Abscess. (*Archiv für Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. 2. Bd. 1. Heft.*)

Nader.

Über die Pigmentzellen in den catarrhalischen Sputis. Von Dr. Pickford in Heidelberg. — Die Pigmentzellen, deren normales Vorkommen in dem interlobulären Bindegewebe der Lungen und in den Bronchialdrüsen bekannt ist, sind von verschiedener Grösse (0,003 bis 0,004 Lin.), unregelmässig rund, zugespitzt, spindelförmig, glatt und walzenförmig. Selten füllen die Pigmentkörnchen die ganze Zelle, so dass gewöhnlich ein Theil der Membran sichtbar ist; der Kern, der ebenfalls selten fehlt (oder durch Pigment verdeckt ist), sitzt an irgend einer Stelle der Wand, zuweilen etwas prominirend. Die pathologischen Pigmentzellen unterscheiden sich in nichts von den physiologischen. Bisher hat man immer dem Pigmente im Auswurfe, wo es sowohl in Zellen als auch frei vorkommt, und sich im letzteren Falle von den zufällig eingeathmeten dunklen Beimischungen durch die intensive Schwärze auszeichnet, eine schlimme Bedeutung zugeschrieben, indem man das Pigment aus den zerstörten Lungen ableitete. Dass diess nicht immer der Fall ist, beobachtete Verf. an einem 22jährigen, kräftigen, früher vollkommen gesunden Manne, der sich im April 1846 auf der medicinischen Clinik in Heidelberg wegen einem Intercostal-Rheumatismus befand, und seit 6 Wochen einen nicht sehr reichlichen Auswurf mit unbedeutendem Husten hatte. Seine Brust war gut gebaut, die Respiration gleichmässig, die Percussion überall normal. Die Auscultation wies vesiculäres Athmen und Schleimrasseln nach. Der Auswurf dieses Kranken bestand aus einem weisslichen, zähen Schleime, ähnlich dem Buchbinderkleister, mit dem eine grosse Menge einer schwarzen Masse innig gemischt war. Unter dem Microscope zeigten sich ausserordentlich viele Pigmentzellen mit deutlicher Umhüllung, die von dem körnigen Pigmente

meist vollständig gefüllt waren, und von denen nur einige einen nicht sehr deutlichen Kern zeigten; ausserdem war freies Pigment von der intensivsten Schwärze und verschiedener Form zugegen. Die Grösse der Zellen betrug 0,0045—0,0090 Linien. Die schwarze Substanz war im kalten und kochenden Wasser unlöslich, im Kali mit brauner Farbe löslich, und wurde aus dieser Lösung durch Säuren in braunschwarzen Flocken gefällt; in Salpetersäure war sie mit braunrother Farbe schwer löslich, unlöslich in verdünnter Säure. Beim Erhitzen an der Luft entzündete sich dieselbe, roch ekelhaft, jedoch nicht wie thierische Kohle, und hinterliess eine weissröthliche Asche, die aus Salzen und einer Spur von Eisen bestand. Von der Ophthalmomelanie unterschied sie sich daher nur durch die grössere Löslichkeit im Ätzkali; auch wurde dabei keine Ammoniakentwicklung bemerkt. (*Archiv für physiologische Heilkunde.* **1847. I. Heft.**)

Nader.

C. Gynaecologie.

Eiweissausscheidung im Harne bei obwaltender Milchretention. Von Dr. Alex. Walter in München. — Eine 29jährige Frau, die bereits nach ihren zwei früheren Entbindungen an Entzündung der linken Brustdrüse gelitten hatte, bekam nach ihrer dritten Entbindung sogleich wieder heftige Schmerzen in dieser Brust, welche wieder bedeutend anschwoll. Diess dauerte so lange, bis sich eine sehr reichliche Milchsecretion einstellte, welche 14 Tage unter beständigem Ausfliessen von Milch aus dieser Drüse anhielt. Nach dieser Zeit kehrten die Schmerzen wieder, die Anschwellung nahm bedeutend zu, und gleichzeitig bildete sich oberhalb der Brustwarze ein rother Fleck, der sich endlich in ein Geschwür von der Grösse eines Thalers verwandelte. Bei der Aufnahme der Kranken ins allgemeine Krankenhaus war ihr Allgemeinbefinden gut, die Milchsecretion ging in beiden Brüsten von Statten; die linke Brust hatte den Umfang eines grossen Mannskopfes erreicht, und hing bis auf den Nabel herab. Die Drüse zeigte eine bedeutende Consistenz, und war vom Thorax leicht verschiebbar, einzelne Knoten waren nicht zu fühlen. Aus der Brustwarze floss beständig Milch aus. Nachdem die kranke Brustdrüse durch die (hier wohl kaum angezeigte — Ref.) Amputation entfernt worden war, fand man Folgendes: Man konnte mittelst einer Sonde durch die Öffnung der Brustwarze, aus welcher Milch hervorsickerte, in einen Milchgang des unteren Lappens gelangen; die Drüse zeigte keine bösartige kranke Beschaffenheit, ausser einer sehr bedeutenden Erweiterung der sämmtlichen Milchgänge, die alle mit Milch angefüllt waren. Ausser einem Ausführungsgange des unteren Lappens mündeten alle Milchgänge in eine hinter der Brustwarze befindliche, mit einem dicken Balge ausgekleidete Cyste, welche gleichfalls von Milch strotzte, und in welche die in den Ausführungsgängen befindliche Milch durch Zusammendrücken derselben abfloss. Auf diese Weise wurde eine Maass Milch gesammelt. Das Gewicht der Brustdrüse betrug 10 Pfund. Die Reaction nach der Operation war gering; es stellte sich nur einige Tage Fieber ein, und die Heilung der Wunde ging gut von Statten. Eine auffallende Erscheinung bot der einige Stunden nach der Operation gelassene Harn dar. Derselbe zeigte nämlich eine auffallend schmutzig bräunlichgraue Färbung, war bedeutend trüb und dickflüssig, neutral reagirend, und setzte sogleich, nachdem er gelassen war, einen starken Bodensatz ab, der, je mehr sich der gelassene Harn abkühlte, immer mehr zunahm, und endlich den vierten Theil des Uringlases einnahm. Der abfiltrirte Bodensatz bestand aus harnsaurem Natron und harnsaurem Ammoniak. Die filtrirte Flüssigkeit ergab schon bei geringen Mengen, wenn sie erhitzt wurde, ein bedeutendes Coagulum von Eiweiss. Mineralsäuren brachten das nämliche Coagulum hervor; Essigsäure war ohne Wirkung. Blutkörperchen waren nicht zu entdecken. Ausserdem erschienen in den ersten 4 Tagen nach der Operation einzelne Fettröpfchen auf der Oberfläche des Urins. In dem noch vor der Operation gelassenen Harne war keine Spur von Eiweiss oder vermehrtem Harnsäuregehalt zu entdecken. Diese gesteigerte Ausscheidung von Harnsäure und Eiweiss durch die Nieren dauerte 8 Tage ununterbrochen fort. Erst in dem am 8. Tage gelassenen Harne waren nur geringe Spuren von Eiweiss zu entdecken. Am 9. Tage zeigte der Harn seine natürliche Beschaffenheit. Während dieser bedeutenden Ausscheidung von Albumen durch den Harn hatte die Milchsecretion in der rechten Brustdrüse fast gänzlich aufgehört, und erst am 8. Tage nach der Operation füllte sich die Brust wieder mit Milch, und an demselben Tage erfolgte noch freiwilliger Milchausfluss. Für die Möglichkeit der Ausscheidung des Albumens durch den Harn, an der Stelle der in der Brustdrüse gar nicht oder nur im unbedeutenden Grade vor sich gehenden Milchsecretion, spricht ausser der scharfen Abgränzung des schnellen Verschwindens des Eiweisses und der bedeutenden Harnsäure-Abscheidung im Harne und der mit diesem wieder gleichzeitig eintretenden normalen Milchsecretion, noch der Umstand, dass sich Albumin und Casein, welches letztere doch den Hauptbestandtheil der Milch ausmacht, bezüglich ihrer Eigenschaften sehr nahe stehen, und zwar nicht bloss in Betracht ihrer Zusammensetzung, sondern auch ihres chemischen Verhaltens zu andern Stoffen. (*Archiv für physiologische Heilkunde.* **1847. 1. Heft.**)

Nader.

Über Nierensteine und ihre Neigung zur Hervorrufung eines Abortus. Von Rayer. — Verf. erwähnt einen Fall, wo eine junge Frau an Nierensteinen litt, und im sechsten Schwangerschaftsmonate abortirte. Es bildete sich hierauf eine schmerzhafte Geschwulst an der rechten Seite des Bauches unter der Leber, welche sich gegen die rechte *Fossa iliaca* erstreckte. Die rechte Lendengegend war beim Sitzen deutlich hervorragend. Zugleich wurde die Diagnose durch Entleerung eines blut- und eiterhältigen Harns bestätigt. — Verf. sah diese Krankheit häufiger bei Weibern, als bei Männern, und fast immer bewirkte sie Abortus. Solche Individuen sollten daher an die drohende Gefahr erinnert werden.

Ein junges 18jähriges Mädchen entleerte von Zeit zu Zeit Blut und Eiter im Harne. Sie verehelichte sich gegen den Rath des Verfassers, und häufige Abortus waren die Folge. In Bezug auf die Nephrotomie spricht ihr Verf. nur in dem äussersten Falle das Wort, wenn die Bildung eines Abscesses deutlich, und das Leben des Pat. wegen der spontanen Eröffnung des Eitersackes in Gefahr ist. Solche Geschwülste, wenn sie der Natur überlassen werden, können sich auf verschiedenen Wegen öffnen: 1. äusserlich in die Lendengegend, was der günstigste Ausgang ist; 2. vorwärts, wo sie sich, wenn nicht in das Bauchfell, in das Duodenum oder Colon entleeren; oder 3. sie durchbohren nach Bildung eines Abscesses unter der Leber das Zwerchfell, entleeren sich in die Brusthöhle, und bilden eine Fistel durch die Wandungen des Thorax. Alle diese Ausgänge sind ungünstig und führen mehr oder minder schnell den Tod herbei. Daher die Wichtigkeit der zur rechten Zeit unternommenen Nephrotomie. (*Annales de Therapeutique* und *Monthly Journ. Dec.* **1846**.) *Meyr.*

Über die Pathologie der Ovarien-Geschwülste. Von Bird. — Verf. erwähnt der Veränderungen in der Structur und Secretion der auskleidenden Membrane der Eierstockcysten unter dem Einflusse gewisser excitirender Momente, und führt Fälle an, in welchen dieselbe Cyste innerhalb kurzer Perioden ganz verschiedene Secrete entleerte. Diese Veränderungen traten entweder als Folge der Behandlung mit Mercur und Jod und der daraus hervorgehenden Constitutionsschwäche, oder als Folge des Druckes ein. Dergleichen Mittel hält daher Verf. für nutzlos und oft schädlich. Die Lebensdauer hält er bei Eierstockkrankheiten für kürzer, als man gewöhnlich annimmt. Unter 50 Fällen, wo die Operation der Excision nicht gestattet wurde, lebten die Kranken vom Beginne der Anschwellung des Bauches nicht über 3 Jahre. Verf. glaubt, dass fast alle Ovariengeschwülste zu demselben Typus gehören. Bezüglich der genauen Diagnose beurtheilt Verf. die Gegenwart oder Abwesenheit von Adhäsionen an das Bauchfell nach der Veränderung der relativen Lage der Geschwulst bei den verschiedenen Respirations- und Zwerchfells-Bewegungen, die Gegenwart von fester Masse durch die Percussion und undeutliche oder mangelnde Fluctuation. Durch die Richtung des Muttermundes und die Beweglichkeit des Uterus überzeugte er sich von der Abwesenheit einer krankhaften Anheftung der Geschwulst an den Uterus, was sich mittelst der Uterinalsonde von Simpson am besten bestimmen lassen soll. Er fand oft ausgedehnte Adhäsionen, wo sich aus der Anamnese keine vorausgegangene Peritonitis ergab. Solche Adhäsionen fand er gewöhnlich in jenen Fällen, wo starker Druck ausgeübt wurde, ohne acute Symptome oder Störung des Allgemeinbefindens zu veranlassen. Ovariengeschwülste kommen nach Verf. gewöhnlich nicht auf einer Seite allein vor, und er hält die ungleichförmige Ausdehnung des Bauches eher für ein Zeichen der Gegenwart fester Masse oder Bauchfelladhäsionen. Was die Behandlung betrifft, so gibt Verf. an, dass in allen Fällen, die sich für die Operation eignen, und wo die Diagnose sicher ist, die Operation das beste Mittel sei, dass man sich von allen früher empfohlenen Mitteln (Mercurialia, Drastica, Diuretica) enthalten soll, und dass in Fällen, wo die Operation nicht zugegeben wird, durch häufige und zeitliche Punction nebst passender allgemeiner Behandlung das Leben am längsten gefristet werden kann. Man soll auch alle Compressionsmittel vermeiden, da selbe leicht Adhäsionen und Veränderung in dem Character der Secretion bewirken. Noch gefährlicher ist die Methode von forcirter Compression des Bauches bei innerlicher Anwendung des Mercurs und Punction der Cyste, während der Organismus unter dem Einflusse von Mercur steht. Solche Behandlung führte zu purulenten Secretionen, Peritonäaladhäsionen, zur Erschöpfung der Kräfte und in den meisten Fällen zum Tode. (*The Lancet.* **1846**. *Vol. II Nr.* **22**.) *Meyr.*

Ueber die Krankheiten des Secretionsapparates der äusseren Geschlechtstheile des Weibes. Von Huguier. — Der wesentliche Inhalt des in der Pariser Academie der Medicin gehaltenen Vortrages lässt sich in folgende Sätze zusammenfassen: *A.* Krankheiten der ***Folliculi sebacei*** und *piliferi* der Vulva: 1. Die Affection dieser Follikel kann eine entzündliche sein, und sie zeigt dann 3 verschiedene Perioden: Eruption, Suppuration und Abtrocknung; diese Affection ist oft complicirt mit Erythem, Acne, Eczem, Erysipel, Ödem, Herpes, Furunkeln und Lymphgefäss-Entzündungen, mit oder ohne Anschwellung der Leistendrüsen. 2. Die Vulva ist bisweilen der Sitz einer noch nicht beschriebenen Acne, die ein hartnäckiges Jucken in der Vulva veranlasst, und leicht für ein venerisches Übel gehalten wird, besonders wenn ein Ausfluss damit verbunden ist. 3. Wahre steatomatöse oder fetthaltige Cysten entwickeln sich bisweilen in den genannten Follikeln. 4. Endlich kommt auch noch eine Hypertrophie oder Extradermoptosis der Talgfollikel vor. Es bilden nämlich die Follikel eine Erhabenheit, die sich gewissermassen von der übrigen Haut loslöst, so dass kleine Geschwülste entstehen, die man oft für venerische Wucherungen gehalten und in der That als warzige Syphilide beschrieben hat. Diese Geschwülste sind nur durch eine Operation zu beseitigen. — *B.* Krankheiten der eigentlichen Vulvo-Vaginaldrüse und ihres Ausführungsganges: 1. Diese Drüse ist häufig der Sitz einer einfachen Steigerung der Secretion des Schleimes, welcher Zustand leicht mit einer Entzündung der isolirten Follikel, mit Leucorrhöe, Abscessen und Cysten etc. der Vulva verwechselt wird. 2. Sie ist häufig der Sitz einer chronischen, von gesteigerter Secretion begleiteten Anschwellung. 3. Sie kann eine fibröse Degeneration erleiden. 4. Der Ausführungsgang der Drüse kann von Entzündung ergriffen werden, und dann der Sitz eines Abscesses sein, der aber nur klein und unschmerzhaft ist, dicht unter der Schleimhaut liegt, sich alsbald öffnet, oft aber sich wieder anfüllt, besonders zur Zeit der Menstruation. 5. Die Drüse selbst ist oft von einer acuten, gewöhnlich auf eine Seite beschränkten Entzündung ergriffen, die häufig mit Eiterung endigt.

Diese Abscesse sind Folge venerischer Ausschweifungen oder der Blennorrhagie, und können mit drei andern Arten von Eiteransammlungen verwechselt werden, nämlich mit den phlegmonösen Abscessen der Vulva, den Vulvo-Stercoralabscessen und den im Zellgewebe um den Mastdarm gebildeten und sich nach der Vulva senkenden Abscessen. 6. Die Mündung des Ausführungsganges der Drüse ist bisweilen verengert oder vollkommen obliterirt, und dieses kann dann zu Abscessen und Cysten führen; in andern Fällen ist die Mündung vergrössert, und stellt dann eine Öffnung dar, die zu einer flachen Vertiefung führt, auf deren Grund die Drüse beginnt, und in der sich Schleim und Urin ansammeln kann. 7. Endlich können daselbst mucöse Cysten vorkommen, die leicht mit andern Cysten der Vulva verwechselt werden. Die syphilitischen Affectionen des Secretionsapparates der weiblichen Geschlechtstheile zeigen nichts Besonderes. (*Archiv für Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. 2. Bd. 1. Heft.*)

Nader.

Ein Fall von Nephritis albuminosa während der Schwangerschaft. Mitgetheilt von Bouchut. — Das Vorkommen dieser Krankheit bei Schwangern ward schon von Rayer ausführlich beschrieben, wobei Derselbe angibt, dass das Übel nach der Entbindung oft vollkommen verschwinde. Wo die Krankheit erst zur Zeit der Schwangerschaft entstanden, ist ihr Verlauf acut, von einem mehr weniger ausgesprochenen Fieber begleitet; im Beginne zeigen sich Unbehagen, Lendenschmerzen, Erbrechen oder Diarrhöe, während gegen das Ende der Schwangerschaft hin Mutterblutflüsse sich einstellen, die Geburt oft mit Eclampsie verlauft, und nicht selten ein todtes Kind zur Welt befördert. Dass übrigens Cahen's Meinung, es müsse die Entbindung bei der genannten Complication immer von Fraisen begleitet sein, nicht durchgängig bestätigt werde, zeigt der folgende Fall.

A . . . schlief in den ersten Monaten ihrer normal beginnenden Schwangerschaft in einer feuchten Parterrewohnung, und zwar mit der linken Körperhälfte gegen die Mauer gekehrt; zu Ende des zweiten Monats empfand sie lebhafte Schmerzen in den linken Extremitäten, welche ohne Fieber erschienen, und bald nach Vertauschen der Wohnung gegen eine bessere gänzlich verschwanden. Erst zu Ende des siebenten Monats wurde die Schwangerschaft wieder gestört, und zwar durch ein leichtes Ödem der Füsse, dem sich Eingenommenheit des Kopfes mit Schlafsucht beigesellte. Im Beginne des achten Monates zeigten sich galligte Magenerscheinungen, Indigestion, biliöses Erbrechen und Abführen, gelb belegte Zunge und Fieber. Von diesem Monate an war die Patientin andauernd leidend, das Fieber hielt, obschon in leichterem Grade, an, ebenso die Appetitlosigkeit; von Zeit zu Zeit stellte sich Diarrhöe ein. In der Mitte des achten Monates verbreitete sich das bisher auf die Unterschenkel beschränkte Ödem über den ganzen Körper, das Gesicht und selbst die Augenlider schwollen an. Am 1. October, welcher zugleich der Anfang des neunten Schwangerschafts-Monates war, stellte sich eine heftige Metrorrhagie ein, welche in geringerer Intensität durch die folgenden zwei Tage fortdauerte, und schwarzes, halb faules Blut entleerte. In Folge des erlittenen Blutverlustes zeigte sich die Haut blass; Aufgedunsenheit des Gesichtes, besonders rechter Seite, starker Kopfschmerz in der Stirngegend, Schläfrigkeit, fürchterliche Träume belästigten die Kranke. Gesteigerte Hautwärme, grosser Durst, kleiner, sehr frequenter Pulsschlag waren zu bemerken; durch die Auscultation aber weder Fötalpuls noch Uteringeräusch zu vernehmen. Der Urin, anscheinend blutig, getrübt, liess beim Kochen einen weissen, dichten, häufigen Bodensatz fallen. Am neunten Tage nach dem Eintritte der Metrorrhagie erfolgte die leichte Geburt eines todten, faulenden Kindes, welches allem Anscheine nach schon wenigstens vor zehn Tagen abgestorben war. In diesen neun Tagen wurde dreimal zur Ader gelassen, was ein Abnehmen des Ödems und der allgemeinen Erscheinungen zur Folge hatte; vorzüglich der Kopfschmerz und die Schläfrigkeit minderten sich auffallend nach den Blutentleerungen. Nach der Niederkunft fieberte die Kranke etwas weniger, ward am 13. Tage des Wochenbettes wieder mehr ergriffen, besserte sich jedoch von da an zusehends; das Ödem der Füsse verschwand nach 8 Tagen, aber noch waren gelb belegte Zunge, bitterer Geschmack und Appetitmangel vorhanden. Noch durch zwei Wochen blieb der Urin eiweisshältig, der Bodensatz nahm jedoch von Tag zu Tag an Menge und Undurchsichtigkeit ab, bis er sich gänzlich verlor. Am 17. Tage des Wochenbettes konnte die Kranke das Bett verlassen.

Der erzählte Fall ist in vieler Beziehung interessant zu nennen, und führt unter andern zu folgenden Schlussbemerkungen: *Nephritis albuminosa* kommt während der Schwangerschaft vor, entsteht sehr leicht durch eine feuchte Wohnung, und hat bei Schwangern nicht selten ein Absterben der Leibesfrucht zur Folge. Übrigens muss die Geburt nicht unter Eclampsie verlaufen, was Cahen irriger Weise behauptet, und man ersieht endlich aus dieser Mittheilung den wohlthätigen Einfluss der Venäsectionen auf Metrorrhagie sowohl, als auf den Verlauf der Nierenentzündung selbst. (*Gazette médicale de Paris. 1846. Nr. 47.*) *Hirschler.*

D. Chirurgie.

Laugier's Anwendung des Petit'schen Tourniquets bei Verrenkung des äussern Endtheiles vom Schlüsselbeine nach oben. Mitgetheilt von Rollet. — Die Einrichtung der Luxation des Schulterendes vom Schlüsselbeine nach oben ist im Allgemeinen leicht bewerkstelliget, schwer jedoch ist es, den eingerichteten Knochen in der normalen Lage zu erhalten. Diese grosse Schwierigkeit bewog viele Chirurgen, die Heilung der Natur zu überlassen. Wenn die Luxation sich selbst überlassen bleibt, so nehmen nach und nach die Schmerzen ab, die durch Ergiessung von Flüssigkeiten erfolgte Geschwulst der Weichtheile verschwindet allmälig, der in der neuen Stellung verharrende Knochen gewinnt

an Festigkeit: aber es bleibt stets eine bedeutende Abweichung der entsprechenden Schulter zurück, indem das luxirte Endstück des Schlüsselbeines daselbst einen merklichen Vorsprung bildet. Die Bewegungen des Armes sind nicht ganz so frei wie sonst, und besonders ist das Erheben desselben mehr weniger beschränkt. Um diese Übelstände zu vermeiden, genügen die verschiedenen Apparate keineswegs, welche bis heute von den Chirurgen in Anwendung gebracht worden sind. Die Bandage von Dessault drückt mittelst Compressen und einer Binde das hervorragende Stück des Schlüsselbeines nach abwärts; man weiss aber, wie schnell dieser Apparat sich löst und erschlafft. Boyer's Verband ist etwas wirksamer, aber auch er ist nicht stark genug, das Schlüsselbein bei den Bewegungen des Armes in seiner Lage zurück zu halten. Cooper wendete bei der Luxation des Schlüsselbeines denselben Verband an, welchen er bei dem Bruche dieses Knochens in Gebrauch zog, derselbe leidet bekanntermassen an denselben Gebrechen, welche dem von Boyet angegebenen zur Last fallen, die über die Schulter laufenden Riemen wirken sehr mittelmässig und verlieren bei dem baldigen Erschlaffen fast jede Druckkraft. Laugier hatte schon längst das Ungenügende aller dieser Vorrichtungen eingesehen, und bereits im Jahre 1834 auf die Erfindung von Melier hingewiesen, welche bei einiger Abänderung wohl im Stande sein könnte, das luxirte Ende des Schlüsselbeines mit Kraft nach abwärts zu drücken. L. erfüllte diese Hauptindication mit einem Instrumente, das jeder Chirurg in Händen hat, mit dem Petit'schen Tourniquet. Wie es L. anwendet, besteht dasselbe aus einer Pelote und einer Schleife, welche letztere über die obere bewegliche Platte der ersteren läuft, und deren Endtheile mittelst einer Schnalle verbunden werden. Übrigens ist dieses Instrument Jedermann zur Genüge bekannt, und bedarf daher hier keiner nähern Beschreibung. Die Art der Anwendung ist folgende: Nachdem die Verrenkung eingerichtet ist, nähert ein Gehülfe den stark gebeugten Arm dem Thorax und sucht den Ellbogen, so viel als möglich, nach aufwärts zu drücken. Der Operateur legt auf die mit Compressen bedeckte Schulter die Pelote dergestalt, dass der eine Theil der Schleife nach vorne, der zweite nach rückwärts herabhängt. Der vordere Theil wird sodann in dem vordern Zwischenraume zwischen Arm und Rumpf hinab-, über den Ellbogen und endlich in dem hintern Zwischenraume zwischen Arm und Rumpf hinaufgeführt, und oben in der Nähe der Pelote mit dem hintern Theile der Schleife durch die Schnalle vereiniget. Nun muss der Arm unbeweglich gemacht und das Tourniquet fixirt werden. Ersteres erzielt man, indem man das Dessault'sche Kissen in die kranke Achselhöhle bringt und sodann den untern Theil des Oberarmes mittelst einer Binde fest an den Thorax drückt; dadurch wird die Schulter einigermassen nach aussen gestellt. Das Tourniquet wird fixirt, wenn man die Verschiebung des obern Theiles nach aussen, des untern nach innen verhindert, und diess geschieht am besten durch zwei Schleifen, welche nach oben und unten von der Achselhöhle der gesunden Seite auslaufen und am kranken Arme nach vorn und hinten befestiget werden. Wenn diese Maassregeln beobachtet sind, so dreht man die Schraube und verkürzt durch die Entfernung der beiden Platten der Pelote den Reif, in welchem Ellbogen und Schulter eingeschlossen liegen. Die beiden Puncte, auf welche das Tourniquet drückt, nämlich der Ellbogen und das Scapularende des Schlüsselbeines, werden durch die Wirkung der Schraube einander mit Kraft genähert, und durch dieselbe Kraft wird also das Schlüsselbein nach ab-, der Oberarm und das Schulterblatt nach aufwärts gedrückt. Zugleich wird, wie oben gezeigt wurde, die Schulter nach aufwärts gerückt. Die Wirkung dieses einfachen Verbandes lässt sich mit keiner der frühern Bandagen vergleichen; denn ausserdem, dass die Druckkraft eine viel bedeutendere ist, kann dieselbe jeden Augenblick durch ein blosses Umdrehen der Schraube neuerdings vermehrt werden. Die practische Ausführung hat die Erwartungen L's. von seinem Apparate vollkommen gerechtfertigt, eilf Kranke wurden mit demselben gänzlich hergestellt; weder hatte die Beweglichkeit der Schulter und des Ellbogens gelitten, noch entstand je die geringste Excoriation durch die Pelote. Malgaigne sah einmal die schlechtesten Folgen von der Anwendung des Tourniquet's bei Schlüsselbeinverrenkung; es wurde dieselbe aber auch unter den ungünstigsten Nebenumständen und ohne alle Vorsicht gemacht, Laugier liess sich dadurch nicht abschrecken, und erzielte die befriedigendsten Resultate. (*Gazette médicale de Paris 1846. Nr. 42*). Hirschler.

Neue sichere Heilmethode des falschen Gelenkes oder der Pseudarthrose. Von Prof. Dieffenbach. — Diese neue sichere Heilmethode besteht in der subcutanen Durchbohrung der überknorpelten Knochenenden, und der Einführung von Zapfen in die Bohrcanäle. Darnach schwellen die Knochenenden bedeutend an, und binnen Kurzem sind sie durch einen dicken harten Callus fest vereinigt. Verf. wurde durch physiologische Versuche über Knochenregeneration, aus denen sich ergab, dass, wenn man den Röhrenknochen eines Thieres quer durchbohrt und ein hölzernes Stäbchen hindurchführt, oder diesen der Länge nach in die Markhöhle steckt, der Knochen sich entzündet, aufschwillt und mit reichlicher Knochenmasse übergiesst, zu diesem Heilverfahren geleitet. Verf. versuchte Anfangs mit dem blossen Durchbohren der Knochenenden davon zu kommen. Der erste Versuch hatte einen vollkommen günstigen Erfolg; weniger günstig war er in einem zweiten Falle. Bei der Operation ist wichtig: 1. das Glied stark zu extendiren, um die Knochenenden gegeneinander zu bringen; 2. es gehörig zu fixiren. Die Operation wird stets auf dem Operationstische in liegender Stellung vorgenommen und nach den verschiedenen Knochen verschieden sein. 1. Beim falschen Gelenk des Oberarms wird dieser am Körper liegend von einem Assistenten, welcher das Handgelenk umfasst, herabgezogen, während ein anderer das Schultergelenk fixirt. Ein drit-

ter Gehülfe umfasst den Oberarm mit beiden Händen, zwischen denen der die Pseudarthrose einschliessende Raum frei bleibt. Indem nun der Assistent, welcher an der Hand zieht, etwas nachgibt, biegt derjenige, der den Oberarm umfasst, die Stelle der Pseudarthrose dergestalt aus, dass diese an der äussern Seite ein Knie bildet. Dadurch werden die Weichgebilde über den Knochenenden gespannt und fester an die Haut hingedrückt, gehörig fixirt, und gleiten beim Bohren nicht aus. Jetzt legt man Daumen und Zeigefinger der linken Hand auf die Haut und sticht nach der Längenachse des Armes ein gerades schmales Messer mit breitlicher Spitze auf den Knochen ein, wobei man stets die äussere Seite des Oberarms, wo die wenigsten Weichgebilde liegen, $1/2$ Zoll vom Bauchende entfernt, wählt. Hierauf senkt man einen gewöhnlichen Schraubenbohrer von der Dicke eines Federkiels durch die Öffnung ein, und durchbohrt den Knochen mit grosser Behutsamkeit, mehrmals zurückdrehend, um ihn nicht zu spalten. Ist der Knochen vollkommen durchgebohrt, der Bohrer nämlich auf der entgegengesetzten Seite gehörig hervorgedrungen, so schlägt man mit einem leichten hölzernen Hammer den ersten elfenbeinernen geöhlten Stab, erst sanft durch die Weichgebilde hindurchgeführt, so durch den knöchernen Canal hindurch, dass er beim Gegendruck an der entgegengesetzten Seite des Armes gefühlt werden kann. Dieser 3—4 Zoll lange Stab ist überall gleich stark, ein Geringes dünner, als der Bohrer, damit er leicht eindringe, und vorne rundlich spitzig. Dasselbe Verfahren wiederholt man nun an dem untern Knochenende an der gerade gegenüberliegenden Stelle, und zwar ebenfalls $1/2$ Zoll von der Pseudarthrose entfernt. Zur Schützung der hervorragenden Ende wird eine handvoll Charpie daraufgelegt, eine Longuette um den Arm herumgeführt, an der entgegengesetzten Seite eine kurze eingewickelte Pappschiene angebracht und das Ganze mit einer 3 Ellen langen Flanellbinde umgeben, der Arm dann in eine Mitelle gelegt, und der Kranke und der Arm bequem im Bette gelagert. — 2. Operation der Pseudarthrose des Oberschenkels. Sie gleicht im Ganzen der des Oberarmes mit geringen Abweichungen. Der Kranke liegt auf einer festen Matratze. Die Extremität wird am besten durch den Dzondi-Hagedorn'schen Verband fixirt, wobei die gesunde Extremität an die Schiene angeschnallt, und der Fuss mittelst Riemen nach vorangegangener Extension des Gliedes an das Fussbrett befestigt wird. Ist nun die Extremität auf diese Weise gehörig ausgedehnt, so schiebt man einen kurzen handbreiten Sandsack mit angefeuchtetem Sande unter die Bauchstelle, um eine feste Unterlage zu erhalten und die Knochenenden gegen die vordere Fläche des Schenkels zu drängen; dann sticht man auf das obere Bauchende $1/2$—$3/4$ Zoll von seinem Rande entfernt ein, setzt den Bohrer, der etwas stärker als ein dicker Gänsefederkiel sein muss, in die Wunde, durchbohrt den Knochen, zieht die Bohrspäne heraus, und schlägt den entsprechend dicken 4 Zoll langen, elfenbeinernen Stab durch den Knochen, so dass das übrig bleibende Ende aus der Haut hervorsteht. Dasselbe geschieht an dem untern Knochenende, worauf dann der Sandsack entfernt, krause Charpie aufgelegt, das Glied mit einer Longuette umgeben, an seiner untern Seite eine $1\,1/2$ Spannen lange, weicher eingewickelte, rinnenförmige Pappschiene angelegt, und das Ganze mit einer 4 Ellen langen Flanellbinde lose umwickelt. — 3. Operation der Pseudarthrose des Vorderarmes. Sie ist häufig mit Krümmung verbunden, daher man den Arm zuerst gerade zu biegen suchen muss, und zwar, wenn diess nicht gelingt, durch subcutane Durchschneidung der verkürzten Sehnen und der ligamentösen Zwischensubstanz mit einem sehr feinen strohhalmbreiten Messerchen. Auf die Wunden legt man angefeuchtete Compressen, darüber Pappschienen, und erhält das Glied durch eine angelegte flanellne Cirkelbinde vollkommen gerade. Nach vollständiger Heilung unternimmt man die Operation der Pseudarthrose. Der Vorderarm wird auf einen Sandsack gelagert und gehörig fixirt, die Pseudarthrose knieförmig nach der Dorsalseite ausgebogen, die Einstiche über dem Ende des Radius und der Ulna $1/3$ Zoll vor dem Rande gemacht, ein feiner Bohrer von halber Federkiels-Dicke eingesenkt, die Knochen durchbohrt und entsprechend dicke, $2\,1/2$ Zoll lange, elfenbeinerne Stäbchen eingeschlagen. Eben so wird auch an den untern Knochenenden verfahren. — 4. Operation der Pseudarthrose des Unterschenkels. Wenn die Pseudarthrose noch neu, und der Kranke noch nicht gegangen ist, so bleibt das Glied gerade, aber wacklig. Geht er aber ohne Verband, so biegt sich an der vordern Seite ein Knie heraus. Diese Deformität rührt theils von der Belastung der Extremität durch das Gewicht des Körpers, theils von der Wirkung der Wademuskeln her. Hier muss man einige Wochen lang durch laue Bäder und öhlige Einreibungen die starren Theile geschmeidig zu machen suchen, ein Paar blecherne gepolsterte Halbcapseln, von denen die vordere einen Ausschnitt für das Knie der Pseudarthrose hat, an das Glied anlegen und diese allmälig fester anschnallen. Darauf durchschneidet man die Achillessehne subcutan und wickelt das Glied ein. Täglich werden die Schienen abgenommen, theils um die Haut zu besichtigen, theils um das Glied gerade zu biegen. Ist die vollkommene Geradestreckung nach einigen Monaten erreicht, so schreitet man zur Operation der Pseudarthrose nach derselben Art, wie beim Vorderarme. Man durchbohrt die Enden der Tibia an ihrer vorderen Fläche, $1/2$ Zoll von den Knochenenden entfernt, mit einem Bohrer von der Dicke eines Federkiels, und die Enden der Fibula mit einem Bohrer von der halben Dicke, und führt die entsprechenden Stäbe ein. Darauf wird ein Verband aus Charpie, Pappschienen und wollener Binde angelegt, und eine neue Krümmung des Gliedes an der Bruchstelle durch den Dzondi-Hagedorn'schen Verband, oder eine lange mit Unterlage versehene Schiene an der innern Seite des Gliedes und eine Zirkelbinde verhindert. — 5. Operation der Pseudarthrose der Kniescheibe. Ist nach einem Bruch derselben der Versuch, nach vorläufiger Durchschnei-

dung des *Rectus femoris*, durch Friction der Bruchenden gegeneinander Entzündung und Verwachsung zu bewirken, gescheitert, so kann man später die Anbohrung der Kniescheibe vornehmen, weil die vollständige Durchbohrung für das Kniegelenk zu gewagt wäre. Sie werden daher 1/4 Zoll von den Rändern entfernt in der Dicke von 2 Drittheilen angebohrt. Der Bohrer muss einen halben Federkiel dick sein, und jeder Rand des Bruches zweimal angebohrt und in die Öffnungen Zapfen eingeschlagen werden. Dazu kann man sich polirter Metallzapfen bedienen, die oben mit einem runden Nagelkopf versehen sind, die man mit gewächsten Bändchen zusammenhält, wodurch die Bruchflächen an einander gehalten werden. — Alle übrigen Pseudarthrosen, z. B. die des Unterkiefers, der Knochen des Metacarpus und der Finger könnten nach dieser Methode behandelt und beseitigt werden. Beim Unterkiefer wäre insbesondere auch die Umschlingung der Zapfen mit einer gewichsten Schnur anzurathen. — Nachbehandlung. In den ersten Tagen verbreitet sich über die Weichgebilde an der Seite des Gliedes eine mässige Entzündung. Wird die Anschwellung grösser, und treten lebhafte Schmerzen mit spannendem Gefühle ein, so entfernt man den Verband und befördert durch Cataplasmen die Eiterung. Nach dem fünften oder sechsten Tage fangen das Periosteum und die Knochenenden an beträchtlich aufzuschwellen. Sind die Knochenschmerzen heftig, so entfernt man die Zapfen auf einige Tage, während man mit den warmen Breiumschlägen fortfährt. Selten braucht man die Zapfen länger als 14 Tage darin zu lassen. So lange die Eiterung dauert, verbindet man das Glied leicht, und sorgt für die gehörige Entleerung des Eiters; vermindert sich dieser, so lässt man den Verband einige Tage liegen, und legt zuletzt einen leichten Schienenverband an. Bei grosser Laxität der ligamentösen Zwischenmasse könnte man diese vor der Anbohrung der Knochen durch Zerren, Biegen und Rotiren des Gliedes, auch wohl durch einen Schnitt in das falsche Gelenk zerreissen, und so die Entzündung noch zu vermehren suchen. Bei der Pseudarthrose findet man die beiden Enden des gebrochenen Knochens durch eine ligamentöse Masse, welche bald locker und schlaff (bei neuen Pseudarthrosen) bald fester und sehniger ist (bei veralteten falschen Gelenken) zusammengehalten. Sie setzt sich oben und unten an das Periosteum an, verbindet sich an der äussern Oberfläche fest mit den umlagernden Muskeln, zeigt innen eine Art Gelenkshöhle, welche mit einer dünnen, glatten, glänzenden, den serösen Häuten ähnlichen Membrane überzogen ist, und keine Synovia, sondern eine wässerige Feuchtigkeit exhalirt. Bisweilen sind die Knochenenden durch zwischen dieselben gerathene Muskelpartien getrennt, und dadurch ausser aller Berührung. Die Ursachen der Pseudarthrose sind mannigfach. Sie liegen am Kranken, wenn Muskeln oder Sehnen zwischen die Bruchflächen treten, wenn er schwächlich oder cachectisch, syphilitisch oder scrophulös ist; am Arzte, wenn er, ohne dass heftige Entzündung vorhanden ist, zu lange kalte Umschläge auflegt, wenn der Verband zu spät oder unzweckmässig, zu locker oder zu fest angelegt, und ohne Noth zu oft erneuert wird. Die wenigen Pseudarthrosen, welche Verf. bei sehr vielen Knochenbrüchen sah, waren keine wahren bleibenden Pseudarthrosen, sondern nur verspätete Callusbildungen. Verf. führt zuletzt die zur Heilung der Pseudarthrosen vorgeschlagenen Operationsmethoden an. Sie sind folgende: 1. Das starke Aneinanderreiben der Knochenenden, dann Anlegung eines Schienenverbandes, welc er möglichst lange ohne Eiterung liegen bleibt. Dadurch kann eine nicht veraltete, nicht sehr bewegliche Pseudarthrose geheilt werden; 2. scharfe Einreibungen oder Auflegen von Blasenpflastern nach der heftigen Friction und nachherige Anlegung des Verbandes; 3. das Haarseil, dessen Mitte gerade zwischen die Bruchenden zu liegen kommen soll. Es soll auch wohl mit reizenden Substanzen bestrichen werden. Oppenheim empfiehlt, wo eine Schnur nicht ausreicht, zwei durchzuführen, und sie öfters hin und her zu ziehen. Die Folgen dieses Verfahrens sind meistens heftige Entzündung, profuse Eiterung und Eiterversenkungen, so dass die Schnur entfernt werden muss. Fester Callus wurde dadurch nie erzeugt; die Glieder wurden später wieder wacklig, krümmten sich auch wohl durch die Action der Muskeln; 4. Absägen der Knochenenden, und sorgfältige Entfernung der ligamentösen Massen. Durch dieses Verfahren wurde vom Verf. in keinem Falle das Übel geheilt; 5. Cauterisation der Knochenenden mit Ätzkali, Höllenstein, *Butyr. Antimon* u. dgl. Mayor liess in die gemachte Stichwunde siedendes Wasser einspritzen. Auch diese Methode hatte keinen guten Erfolg. (*Caspers Wochenschrift f. d. ges. Heilkunde 1846. Nr. 46—48*). *Meyr.*

E. Otiatrik.

Über die Missbildung des äusseren Ohres und den Zustand des Gehörs in solchen Fällen. Von Thomson. — Die Missbildung des äusseren und mittleren Theiles des Gehörorganes ist nicht sehr selten. Missbildung des äusseren Ohres mit Mangel oder Verschliessung des äusseren Gehörganges scheint nicht totale Taubheit zu bedingen, selbst wenn eine bedeutende Abweichung der Paukenhöhle von ihrer natürlichen Form und Structur sich hinzugesellt. Diess rührt wohl von dem Umstande her, dass solche Fälle nur selten von einer abnormen Beschaffenheit der wesentlichen Theile des Labyrinthes begleitet werden. Die Fälle sind selten, wo Taubstummheit durch angeborne Verbildung bedingt ist, und bei weitem in den meisten Fällen von Taubheit, sei diese total oder von einem solchen Grade, dass sie Stummheit herbeiführt, ist diese Affection von früher überstandenen Krankheiten wie Scharlach, Masern, Blattern, herbeigeführt, indem der Entzündungs- und Eiterungsprocess zuerst die Paukenhöhle ergriff und sich später auf Theile des Labyrinthes verbreitete. Angeborne Missbildung kann in einem der drei Theile des Gehörorganes oder in zweien, oder im ganzen Organe zugleich vorkommen;

in den meisten Fällen jedoch ist die unvollkommene Beschaffenheit des Paukenfells und äusseren Gehörganges mit Missbildung des äusseren Ohres verbunden. Je tiefer die abnormen Gebilde liegen, desto wahrscheinlicher besteht das Leiden auf beiden Seiten. Verf. bestreitet die Meinung Itard's, dass das Bestehen einer Missbildung des Ohres als ein Zeichen der Lebensunfähigkeit des Kindes bei der Geburt zu betrachten sei. Verf. führt nun mehrere Fälle an: Der erste betrifft einen Knaben, welchen Prof. Miller sah, als er 13 Jahre alt war. Er gab die gewöhnlichen Zeichen des vorhandenen Gehörs bei seinem Benehmen und seinen Verrichtungen. Miller machte einen Einschnitt an der Stelle der Öffnung des äusseren Gehörganges der rechten Seite, wo das äussere Ohr und der Knorpel minder unvollkommen sich zeigten, als auf der linken; doch war die eingeschnittene Substanz dicht und undurchbohrt, und nicht die geringste Spur eines äusseren Gehörganges oder Trommelfelles vorhanden. Auch war das Gehör des Knaben nach der Operation um nichts besser, als vor derselben. Die Gestaltung des Gesichtes und des Kopfes dieses Knaben both nichts Besonderes dar. — An einem Mädchen von 16 Jahren zeigte sich beinahe dieselbe Missbildung des äusseren Ohres zugleich mit einer bedeutend unvollkommenen Bildung des unteren Theiles des Gesichtes. Der Unterkiefer war besonders kurz, schief gestellt, sein Winkel sehr stumpf, das Jochbein war sehr nach rückwärts gelagert und der Jochbogen kürzer als gewöhnlich. In ihrem sechsten Jahre wurde sie operirt, und es zeigte sich nach dem Einschnitte durch die Haut etwas gleich dem Trommelfelle, doch blieb die Öffnung trotz der angewendeten Caustica nicht von Granulationen frei, und schloss sich endlich wieder ganz. — Bei einer Schwester derselben zeigte sich dieselbe Missbildung, und bei einer zweiten zwar nicht die Missbildung des äusseren Ohres, jedoch dieselbe eigenthümliche Gestalt des Gesichtes. Verf. glaubt, dass in den Fällen, wo das äussere und mittlere Ohr unvollkommen entwickelt sind, eine Neigung zu Missbildungen an dem Kiefer und Gaumen besteht. In beiden erwähnten Fällen fand gespaltener Gaumen und Mangel oder Unregelmässigkeit der beiden oberen seitlichen Schneidezähne Statt. Das Gehör war in dem letzteren Falle viel schwächer, als bei dem früher erwähnten Knaben. — Der dritte Fall betrifft eine Frau von 45 Jahren, bei welcher die Taubheit noch bedeutender und zwar auf beiden Seiten gleich war. Das äussere Ohr war beiderseits unvollkommen entwickelt, das Jochbein war so hoch und nach rückwärts gelagert, dass der Jochbogen gänzlich zu mangeln, und auf der linken Seite der Gelenkstuberkel des Unterkiefers zu fehlen schien, so dass dieser sich stark gegen die Wange hinneigte. Die Stimme und Sprache bestand aus Nasenlauten, doch war die Uvula und der Gaumen vollständig gebildet; nur zeigte sich eine bedeutende Kürze des Gaumengewölbes von vor- nach rückwärts. Ein zweimaliger Operationsversuch war hier fruchtlos, da sich nach dem Einschnitte keine Spur einer Öffnung fand. Eine chirurgische Operation scheint also in solchen Fällen erfolglos zu sein, und selbst wenn man dabei auf ein dem Trommelfelle ähnliches Gebilde stosst, so schliesst sich doch die Öffnung wieder durch Granulationen, welche sich selbst durch Caustica nicht verhindern lassen.

Von Missbildung tieferer Theile des Gehörorgans erwähnt Verf. zwei Fälle. In beiden Fällen betraf die Affection nur eine Seite; in beiden schien das Labyrinth ganz normal, die Paukenhöhle und die knöcherne Eustach'sche Trompete waren viel kleiner. Die Gehörknöchelchen sah man in ein gerades und einfaches Stück vereinigt, und sie nahmen die Gestalt der Columella der Vögel und Reptilien an. Ferner bestand vollkommene Verschliessung des äusseren Gehörganges; jener Theil des Schläfenbeins, welcher den Paukenring und den unteren Theil des Gehörganges bildet, schien zu mangeln, während der Gelenkstheil dieses Knochens nach rückwärts an Breite doppelt gewann, wodurch die Paukenhöhle nach unten geschlossen wurde. Es dürften demnach folgende Missbildungen die wichtigsten sein: 1. Unvollkommene Entwicklung des äusseren Ohres und des äusseren Theiles des Gehörganges. 2. Abwesenheit des Paukenfelles und des knöchernen Theils des äusseren Gehörganges in Folge der unvollkommenen Entwicklung des Schläfenbeines. 3. Mangel der Paukenhöhle und der Kette der Gehörknöchelchen. 4. Unregelmässige oder mangelnde Entwicklung der Backen, des Gaumens und der Kiefer. (*Monthly Journal. Dec. 1846.*)

Meyr.

3.

Notizen.

Schilderung des öffentlichen med. Unterrichtes in Spanien. Von Orfila. Aus Nr. 45 der Gazette médicale de Paris im Auszuge mitgetheilt von Dr. J. Hirschler.

(Schluss.)

Prüfungen. Seit 1801 sind solche als Schluss der jährlichen Curse eingeführt, leiden aber an einem grossen Fehler, indem jeder Canditat 6 Fragen zieht, welche er lösen, oder eigentlich über welche er disseriren soll, ohne irgend eine Hülfe oder einen Einwurf des Professors. Es folgt natürlich daraus, dass hierbei ein redebegabter Schüler leicht ohne gründliche Kenntniss der Sache gut bestehen mag, und dass hingegen der wohlunterrichtete aber Wortarme keinen entspre-

chenden Erfolg gewinnen kann. An denselben, nur um desto empfindlicheren Mängeln leiden die zur Erlangung der Licenz vorgeschriebenen Prüfungen, deren drei bestehen. Die erste, das sogenannte ***Examen tentativum,*** ist im Ganzen unserm ***Rigorosum primum*** ähnlich, nur dass sie auch chirurgische Fächer begreift; sie findet bei geschlossenen Thüren Statt; die zweite ist ein schriftliches, die dritte ein öffentliches am Krankenbette vorgenommenes Examen. Zur Erlangung der Doctorswürde hat man 2 Prüfungen zu bestehen; die erste ist eine schriftliche, unserer Dissertation ähnliche, die zweite ein öffentlicher Vortrag über einen eine Stunde früher durch das Loos bestimmten Gegenstand. Noch ist zu bemerken, dass nur die medicinische Facultät von Madrid das Recht hat, Med. Doctoren zu creiren. Die Facultät von Madrid hat acht Assistenten, sogenannte Agrégés, welche zur Zeit der Ferialmonate den Cliniken vorstehen, und auch während des Schuljahres kranke oder abwesende Professoren zu ersetzen haben. Auch ist Einer derselben Director der Bibliothek, ein Anderer Secretär der Facultät; sie beziehen 2000 Fr. jährlichen Gehalt und behalten ihre Stelle lebenslänglich, welcher letztere Umstand sich seit lange als nachtheilig herausstellt.

Die Ernennungen zu den Professuren, wie zu den untern Lehrämtern, Spitals- und selbst Hofarztstellen geschehen mittelst Concursen, wobei nur zu rügen ist, dass ein- und derselbe Professor oft mehrere Concurse zu machen hat, wenn er zu höhern Posten zugelassen werden will. Dem Gehalte nach sind nämlich die Professoren in 3 Classen getheilt, welche eine aufsteigend höhere Besoldung geniessen, und es wird mit Erledigung einer Professur oft ein zwei- bis dreifacher Concurs nothwendig, da die höhere Besoldung durchaus nicht an ein bestimmtes Fach gebunden ist. Auch können die Professoren nicht eine Classe überspringen, sondern müssen wenigstens 3 Jahre in der zunächst kleinern Besoldungsclasse gedient haben. Zur Erläuterung dieser bizarren Ordnung diene folgendes Beispiel: Der in der dritten, also höchsten, Besoldungsclasse stehende Professor der Anatomie stirbt; es wird zuerst ein Concurs zur Besetzung der anatomischen Kanzel eröffnet, ausserdem concurriren aber die Professoren der zweiten Classe um die erledigte höhere dritte Besoldung, und endlich findet noch ein Concurs Statt für die Professoren, welche aus der ersten Classe in die etwa neu erledigte zweite übertreten wollen.

Um zum medicinischen Studium zugelassen zu werden, wird Folgendes erfordert: 1. das Baccalaureat der Philosophie; 2. ein Jahr naturwissenschaftlicher Studien; 3. endlich muss man sich zur Erlangung der Licenz mit einem Zeugnisse über das Studium der griechischen Sprache ausweisen können. Dieses sogenannte Baccalaureat der Philosophie erhält man nach einem fünfjährigen Besuche von Schulen, in welchen nur wenig mehr als in unsern Gymnasien vorkommt, und von dessen Unbedeutendheit man sich schon einen Begriff machen kann, menn man hört, dass die Meisten diesen Grad im fünfzehnten Lebensjahre erlangen. Es ist also gewöhnlich, dass höchst unreife und mangelhaft gebildete junge Leute in das Studium der Medicin und der Rechte eintreten. — Folgendes ist der Kostenaufwand für den Mediciner:

Jährliches Schulgeld	50	Franken.
» Prüfungsgeld	5	»
Also die Kosten der 7 Studienjahre *pro licentia*	385	»
Der Titel Baccalaureus (nach beendigtem 5. Jahrgange)	100	»
Das Licentiat der Medicin u. Chirurgie	750	»
Totalsumme zur Licenz	1235	Franken.
Das Doctorsdiplom kostet	750	»
Hiezu noch für die beiden letzten Schuljahre	60	»
Totalsumme zum Doctorat	2045	Franken.

Im Jahre 1845/46 waren für die Licenz 1030 Schüler eingeschrieben, sogenannte practicos 815, also zusammen 1845. Diese Practicos sind unsere practicirenden Chirurgen, welche seit dem Decrete 1845 gänzlich aufgehört haben; obige Zahl besteht daher aus jenen Hörern der Chirurgie, welche noch vor dem bemerkten Decrete ihren Cursus angefangen haben. Sie erhalten ihren Unterricht nicht von den Professoren, sondern von den Agrégés; im letztverflossenen Jahre wurde keiner mehr angenommen. Ungefähr 300 Licentiaten werden alljährlich von der Madrider Facultät creirt; die Zahl der Doctoren ist äusserst geringe und vermindert sich mit jedem Jahr zusehends, was ausser dem höhern Kostenbetrage noch besonders von dem dazu erforderlichen Zeitverluste (zweier Jahre) herrührt. Die enorme Anzahl von Ärzten hatte die spanische Regierung zu der Maassregel bewogen, die medicinischen Studienjahre zu verlängern, und den Zutritt zur Licenz und zum Doctorate sowohl durch vermehrte Kosten, als durch einen grössern Zeitaufwand zu erschweren, derselbe Zweck wäre aber besser erreicht worden, wenn man anstatt der 9 medicinischen Jahrgänge, eine grössere Rücksicht auf die Ausdehnung und Vervollkommnung des Secundärunterrichtes gewandt hätte, der, wie oben bemerkt wurde, noch sehr im Argen liegt.

Es ist noch Einiges von den wissenschaftlichen Sammlungen zu sagen. Die Bibliothek ist vollkommen genügend ausgestattet und erfreut sich eines zahlreichen Besuches von Seite der Studierenden. Die verschiedenen Cabinete verdienen kaum dieses Lob, indem sie nur sehr mangelhaft ihren Zweck erfüllen. Für comparative und pathologische Anatomie ist kaum etwas vorhanden, trockene anatomische Präparate fehlen oft ganz, und die frischen sind so unzweckmässig in Weingeist aufbewahrt, dass sie durchaus keine Belehrung gewähren können. Wenig besser postirt sind die Wachsstücke, aber es befinden sich unter diesen viele werthvolle und lehrreiche Präparate. Im Ganzen herrscht endlich ein so lobenswerther Eifer in dem Lehrkörper der medicinischen Facultät, dass in kurzer Zeit die meisten der gerügten Übelstände abgeschafft sein dürften, und Madrid bald einen ehrenvollen Platz unter den

europäischen Lehranstalten der Arzneikunde behaupten wird.

Pharmacie. Das Studium der Apotheker gehört einer besondern Facultät an, und ist auch in Bezug auf Locale, Sammlungen und Professoren-Personale gänzlich von den medicinischen Jahrgängen geschieden. Nach den im Jahre 1845 erlassenen Vorschriften ist auch für die Candidaten der Pharmacie die gleiche Anzahl Studienjahre bestimmt, welche für die Medicin Studierenden gilt, nämlich 7 Jahre zur Licenz, 9 zum Doctorate. Zu Ende des fünften Jahrganges werden sie nach einer kleinen Prüfung zum Grade des Baccalaureats promoviret. Es sind in ganz Spanien nur zwei Facultäten der Pharmacie, die eine zu Madrid, die andere zu Barcelona; nur die erstere hat das Recht, Doctoren zu creiren. Um zu diesem Fachstudium zugelassen zu werden, muss man dieselben Vorstudien gemacht haben, welche zur Medicin erfordert werden. Die 5 ersten Jahrgänge umfassen die verschiedenen Zweige der Naturwissenschaften, besonders Chemie, dann theoretische und practische Apothekerkunst; während der zwei letzten Studienjahre müssen die Schüler in einer Apotheke Dienste leisten. Das achte und neunte Jahr, welche zur Vorbereitung für das Doctorat bestimmt sind, machen die Pharmaceuten mit den Medicinern gemeinschaftlich, da sie dieselben Gegenstände begreifen. Besonders gut eingerichtet ist das fünfte Jahr der Pharmacie, in welchem nur practische Übungen vorgenommen werden, so dass der Schüler, schon vollkommen für sein Fach unterrichtet, zur Praxis in die Apotheke tritt, und hier nur die letzte Hand an die Vollendung seiner Ausbildung zu legen braucht. Fast überflüssig sind aber die zwei für das Doctorat bestimmten Jahrgänge, da Geschichte der Medicin wenigstens von einem tüchtigen Apotheker nicht gefordert zu werden braucht. Die Jahresprüfungen sind ganz so bestellt, wie es im ersten Theile dieser Schilderung von den in der medicinischen Facultät gebräuchlichen angedeutet wurde; auch sind hier wie dort drei strenge Prüfungen zur Licenz, und ausserdem eine zur Erlangung der Doctorswürde vorgeschrieben. Letztere wird wo möglich noch weniger gesucht, als es bei den Hörern der Medicin der Fall ist, so dass im letztvergangenen Jahre nicht ein einziger Schüler für das Doctorat eingeschrieben war. Dieser Umstand äussert einen grossen Nachtheil auf alle für Lehrer- und andere Stellen ausgeschriebenen Concurse, da zu diesen schlechterdings nur Doctoren zugelassen werden, und gewöhnlich die Tüchtigkeit der Competenten mit der Zahl der Rivalen Hand in Hand geht. Auch bei dieser Facultät sind mehrere Agrégés angestellt, welche die Mitte zwischen unsern Assistenten und Docenten halten. Im Jahre 1845/46 zählte Madrid 280 pharmaceutische Schüler; die Studienkosten verhalten sich fast ganz so wie bei der Medicin, so dass die zur Licenz erforderliche Totalsumme etwa 1200 Francs beträgt.

Hebammen-Institut. Um zur Hebammenpraxis zugelassen zu werden, ist eine strenge Prüfung vorgeschrieben, vor deren Ablegung man gewisse Studien gemacht haben muss; und zwar muss das betreffende Individuum entweder 4 Jahre unter der Leitung eines practischen Geburtshelfers oder einer befugten Hebamme gestanden sein, oder es sind zwei solche Jahre genügend, wenn dasselbe einen zweijährigen Cursus an irgend einer geburtshülflichen Lehranstalt des Landes absolvirt hat. Dieser Lehrcursus ist sowohl theoretisch als practisch. Übrigens muss die Hebamme lesen und schreiben können, und verheirathet oder Witwe sein. Wie man hieraus sieht, sind die Hebammenstudien nur höchst unvollständig eingerichtet, und diess rührt wohl hauptsächlich von der kleinen Anzahl der Hebammen in Spanien her, da man in diesem Lande fast durchgehends den Geburtshelfer, selbst im ganz normal verlaufenden Falle, zu rufen gewohnt ist. Nur Andalusien macht in dieser Beziehung eine Ausnahme, aber auch da will man keine Hebammen, sondern nimmt gewöhnlich zu erfahrenen, aber nicht unterrichteten Matronen seine Zuflucht. Es genügt zur Bestätigung dieser Angaben die Thatsache, dass sich bei der Madrider Facultät seit 10 Jahren nur zwei Frauen zur Ausübung der Hebammenkunst gemeldet haben.

Thierarzneischule. Eine solche besteht nur zu Madrid, welche aber viele vorzügliche Anstalten und besonders schöne anatomische und pathologische Sammlungen besitzt. Es werden da viele anatomische und Vivisectionen gemacht, und in dem Unterrichtsgebäude selbst wohnen 60 sogenannte interne Zöglinge, um ihrem Studium mit desto grösserer Bequemlichkeit obliegen zu können. Das Betreiben dieses Faches ist in 5 Jahrgänge getheilt, in welchen die verschiedenen Gegenstände in folgender Ordnung vorgetragen werden: Erster Jahrgang: Allgemeine und descriptive Anatomie. — Zweiter Jahrgang: Physiologie, pathologische Anatomie, Pferdekenntniss und gerichtliche Thierarzneikunde. — Dritter Jahrgang: Allgemeine und specielle Pathologie. — Vierter Jahrgang: Chirurgie und Hufbeschlag. — Fünfter Jahrgang: Allgemeine Therapie, *Materia medica* und Hygiene. Wie bei den andern Arzneifächern sind theoretische Vorträge stets mit practischen Übungen verbunden, und es finden auch hier ähnliche Disputationen und wissenschaftliche Conferenzen wie bei den Medicinern Statt. Die Schule zählt 5 Professoren und mehrere Agrégés, welche sämmtlich mittelst Concursen gewählt werden. Um zu dem Studium der Thierarzneikunde zugelassen zu werden, ist das Alter von wenigstens 16 Jahren und eine kräftige Gesundheit erforderlich, ausserdem muss sich der Candidat mit Zeugnissen über das Studium der Landessprache, der Logik und Arithmetik ausweisen können. Es gibt interne und externe Zöglinge, ersterer, wie gesagt, 60, letzterer 350—400. Ausser den Thierärzten im engern Sinne des Wortes, welche die eben angedeuteten Studien gemacht und darüber Jahres- wie auch strenge Prüfungen abgelegt haben, practiciren noch andere Individuen mit Erlaubniss der Behörde, welche theils bloss practische Studien unter der Leitung eines diplomirten Thierarztes gemacht haben, theils sich bloss mit dem Geschäfte der Curschmiede und Castrirer be-

fassen. Diese Thierärzte sind in 3 Rangordnungen getheilt, von denen die letzte die sogenannten Castradores begreift. Eine Reform aller die Thierarzneistudien betreffenden Einrichtungen wird heute im ganzen Lande als nothwendig betrachtet, und die Regierung wird hoffentlich nicht lange hinter den Anforderungen der Zeit zurückbleiben.

Spitäler. Es gibt in Madrid nur zwei Krankenhäuser. Das eine, *San Juan de Dios* genannt, ist für syphilitische und Hautleiden bestimmt; es enthält 200 Betten, wird von einem geistlichen Orden erhalten, und lässt, was innere Einrichtung betrifft, nichts zu wünschen übrig. Zweckmässig wäre es, dasselbe dem Unterrichte in genannten Krankheitsformen zu widmen. Das andere Krankenhaus heisst *Hôpital général*, enthält 1200 Betten und gehört zu der medicin. Facultät. Es werden hier die verschiedensten Krankheiten, mit Ausnahme der oben genannten, aufgenommen; eigene Zimmer sind für Augen- und Geisteskranke, wie für Wöchnerinnen, aber nicht am zweckmässigsten eingerichtet. Orfila lobt die Speisen, und lässt auch der Medicamentenbereitung vollkommene Anerkennung widerfahren. Das ärztliche Personal ist ziemlich gross, und zwar besteht es aus 4 sogenannten Sédentaires, welche täglich abwechselnd den Dienst im Hause haben, und ausser der Visitezeit für die Kranken besorgt sein müssen; und aus 10 Primarärzten, welche den verschiedenen Abtheilungen des Krankenhauses vorstehen. Die Sédentaires entsprechen unsern Secundarärzten, und unterscheiden sich von diesen nur durch Permanenz ihrer Stelle und eine ungleich höhere Besoldung (1500 Fr.; die der Primarärzte ist 2500 Fr.); sie rücken auch ohne neu mitzumachenden Concurs zu den erledigten Primarstellen vor. Die Administration des Krankenhauses besorgt der älteste Primararzt, welcher den Titel »*Proto medico*« führt, und auch dem ärztlichen Personale als Director vorgesetzt ist; es ist ihm jedoch nicht gestattet, den Primarärzten Heilmethoden vorzuschreiben, oder dieselben in der Wahl der Mittel irgendwie einzuschränken. Für den subalternen ärztlichen Dienst sind die *practicantes* bestimmt, welche zu 3—4 für jedes Krankenzimmer vertheilt sind, Kost und Wohnung erhalten, und von denen ausserdem eine kleine Anzahl mit 200 Fr. jährlich besoldet ist. Als ein Übelstand muss bezeichnet werden, dass diese Practicanten aus allen Jahrgängen der Medicin und zwar bloss durch die Gunst der Primarärzte gewählt werden, und dass sie ihre Stellen so lange behalten, als es ihnen beliebt. Dadurch gewinnen aber bloss einige Auserwählte, während der grösste Theil der Studierenden nicht dazu kommen kann, selbst nur einmal eine Ader zu öffnen.

Die **Findelanstalt** zu Madrid erregte durch ihre herrliche Einrichtung Orfila's ganze Bewunderung; es steht dieselbe unter der Aufsicht eines Geistlichen, und erfreuet sich des besondern Schutzes der Regierung. Die Kinder werden, so wie bei uns, auf's Land in Kost gegeben, kehren aber nach zurückgelegtem siebenten Lebensjahre in die Hauptstadt zurück; die Knaben, um in die Lehre gegeben zu werden, die Mädchen, um in einer eigenen Abtheilung der Anstalt in allen nöthigen Handarbeiten unterrichtet zu werden, welche sie nur im Falle der Verehelichung zu verlassen brauchen. Diese Anstalt erfüllt also zugleich vollkommen den Zweck eines Waisenhauses. — Zu beklagen ist der gänzliche Mangel einer eigenen Irren- und Gebäranstalt, da die wenigen zu diesem Zwecke bestimmten Zimmer des *Hôpital général* den Bedürfnissen der Hauptstadt und des Landes nicht einmal annähernd entsprechen.

Die practische Ausübung der Heilkunst wurde in Folge des mehrerwähnten Decretes vom Jahre 1845 bloss den sogenannten *Médecins-chirurgiens* erlaubt, welche 7 Studienjahre durchgemacht und 3 strenge Prüfungen bestanden haben müssen; alle andern medicin. Erwerbszweige, alle Chirurgen wurden *de jure* aufgehoben, doch nicht in der Wirklichkeit. Schon voriges Jahr fand sich die Regierung bewogen, wieder eine Art von Chirurgen zuzulassen, welche sich mit Aderlassen, Schröpfen, Zahnreissen, Leichdornschneiden u. s. w. beschäftigen dürfen, nachdem sie einen angemessenen practischen Unterricht genossen und eine hierauf bezügliche Prüfung abgelegt haben. Ausser dem Zahnreissen und Leichdornpflegen ist ihnen aber jede Operation, selbst die Venäsection, ohne ausdrückliche Anordnung des Arztes bei Strafe untersagt. Trotz dieser anscheinenden Strenge gegen jede Art von Curpfuscherei üben jedoch selbst in der Hauptstadt viele Unbefugte die ärztliche Praxis aus, da noch ein ganzes Heer jener Chirurgen vorhanden ist, welche vor dem Jahre 1845 die Erlaubniss dazu erhielten, und sich jetzt nimmermehr verdrängen lassen. Ausländische Ärzte, welche sich in Spanien zur Praxis niederlassen wollen, haben wenig oder gar keine Schwierigkeiten zu überwinden, indem sie sich nur über ihre gemachten Studien auszuweisen und die 3 strengen Prüfungen abzulegen brauchen, welche letztere wo möglich noch weniger streng und ernst gehalten werden, als es bei Inländern der Fall ist. Dabei haben sie nur die gewöhnlichen Taxen für die Prüfungen zu entrichten. Orfila meint, dass diese Vorschriften viel zu milde seien, um das Land vor ausländischen Charlatanen gehörig zu schützen.

Wissenschaftliche Vereine. Die *Academia medica de Castilla* ist ein von der Regierung in's Leben gerufener Verein, welcher aus 40 Mitgliedern besteht und ursprünglich die Bestimmung hatte, gesundheitspolizeiliche und gerichtlich-medicinische Fragen zu lösen, und dem Ministerium als gerichtsärztlicher Senat zur Seite zu stehen. Diese Academie erfüllt aber durchaus nicht die hohe Bestimmung, welche ihr als der höchsten wissenschaftlichen Autorität und Instanz im Lande zugedacht wurde. Hiezu wäre, nach O.'s Ansicht, etwas mehr Eifer von Seite der Mitglieder, etwas mehr Unterstützung von oben nöthig. Es ist so schlecht für die Organisation dieses Institutes gesorgt, dass die Versammlungen, aus Mangel an einen Locale, in der Wohnung des Vice-Präsidenten stattfinden, und dass die Kosten desselben so gut als gar nicht gedeckt sind. Die Mitglieder versammeln sich aber auch nur in der Regel, wenn eine Anfrage der Regierung zu erledigen ist, und begeben sich

jedes sonstigen wissenschaftlichen Strebens. Im Gegensatze damit steht die chirurg. Academie, welche, von Privatärzten gestiftet, die Sanction der Regierung erhielt und schon jetzt eine wissenschaftliche Thätigkeit entwickelt, welche für die Zukunft viel zu leisten verspricht. Sie beschäftiget sich ausschliesslich mit chirurgischen und geburtshülflichen Interessen, und gibt ein Wochenblatt heraus unter dem Titel: *»Archivos de la Academia quirurgica madritense.«* Noch sind zwei medicinische Vereine zu Madrid: die *Societa medicale d'emulation* und die *Academia d'Esculape*, beide von untergeordneter Bedeutung.

Es würde die Geduld des Lesers zu sehr auf die Probe setzen, wenn wir noch Orfila's Bericht über den Primär- und Secundärunterricht hier anschliessen wollten; es ist von demselben übrigens nicht viel zu sagen. Der erstere gleicht dem in Frankreich durchgehends eingeführten, und lässt wenig zu wünschen übrig; wie sehr aber der Secundärunterricht an bedeutenden Mängeln leide, haben wir bereits im ersten Abschnitte angedeutet.

Anstellung.

Se. k. k. apost. Majestät haben mit allerhöchster Entschliessung vom 5. Jänner 1847 die Stelle eines Prosectors und ausserordentlichen Professors der patholog. Anatomie an der Universität zu Prag, dem Med. Dr. Johann Dlauhy allergnädigst zu verleihen geruht.

4.
Anzeigen medicinischer Werke.

Der mineralische Magnetismus in physicalischer, physiologischer und therapeutischer Beziehung. Nebst Kundmachung des von mir entdeckten und bis zur Stunde noch nicht öffentlich bekannten Verfahrens, die grössten und stärksten Magnete anzufertigen, und Beifügung aller Methoden und einiger sehr interessanter Experimente, so wie auch Mittheilungen meiner 24jährigen Erfahrungen der vortheilhaftesten Anwendung desselben bei verschiedenen Nervenleiden. Von Professsor Dr. Keil. Mit 3 Abbildungen von Magneten. Erlangen, Verlag von F. Enke. 1846. III und 56 S. in 8vo.

Unter diesem langen, vielversprechenden Titel wird uns eine Schrift geboten, nach der Manche vielleicht erwartungsvoll greifen, die aber Wenige befriedigt aus der Hand legen werden. Nach einer durch viele persönliche Details eben nicht sehr anziehenden Einleitung, die zugleich das Geschichtliche des Magnets enthalten soll, spricht der Verf. von der Bereitung der Magnete selbst, indem er von der Wahl, der nöthigen Härte des Stahls, von der besten Form der Magnete und den verschiedenen Methoden, den Stahl magnetisch zu machen, handelt. Am Schlusse dieses Abschnittes beschreibt der Verf. das von ihm erfundene Verfahren, künstlichen Magneten die höchste Anziehungskraft zu geben, und fügt noch einige Bemerkungen über die Erzeugung von Stahlmagneten durch Electromagnetismus hinzu. Wir überlassen es den Physikern vom Fach, des Verf's Methode der Magnetbereitung zu prüfen (die, wenn sie sich bewährt, allerdings viel mehr leistet, als bisher durch irgend eine andere möglich war) und wenden uns an den, vorzüglich Ärzte interessirenden Theil der Schrift, welcher, wie der Titel verspricht, den Mineralmagnetismus in physiologischer und therapeutischer Beziehung würdigen soll. Aber welch' bittere Täuschung! Von Untersuchungen über die Wirksamkeit des Magnetismus in physiolog. Hinsicht findet man im ganzen Werke keine Spur! Mit welchem Rechte daher das Wort physiologisch auf den Titel gelangt sei, bleibt uns ein Räthsel. Ist es ein *Error calami*, oder ein Fehler des Setzers? oder ist vielleicht das Manuscript des betreffenden Capitels aus Versehen im Schreibepult des Verf.'s liegen geblieben? Übrigens wäre es auch möglich, dass Verf. mit dem Wort »physiologisch« einen andern Begriff verbindet, als wir gewohnt sind. Diess dürfte auch in der That, nach der Art, wie der therapeutische Theil behandelt ist, zu schliessen, am wahrscheinlichsten sein. Der Verf. beginnt nämlich hier alsogleich mit der Art der Anwendung des Magnetismus gegen Nervenübel, erzählt in einem Athem eine Reihe von Krankheitsfällen, in denen der Magnet ausgezeichnete, fast wundervolle Wirkungen hervorgebracht haben soll, und spricht dann noch über den Gebrauch des Magnets bei gichtischen und rheumatischen Schmerzen, bei nervöser Schwerhörigkeit, bei ungeregelter oder mit Krämpfen eintretender Menstruation, bei Gesichtsschmerz etc. Aus der oberflächlichen und unwissenschaftlichen Behandlung dieses ganzen Abschnittes geht wohl sattsam hervor, dass weder die physiologischen, noch viel weniger die pathologischen und therapeutischen Begriffe des Verfassers dem gegenwärtigen Standpuncte der Wissenschaft entsprechen. So heisst es, um nur ein Beispiel anzuführen, Seite 52: »bei apoplectischen Lähmungen der oberen so wie der unteren Extremitäten wird gerade so verfahren, wie eben beschrieben, nur dass hier vorzugsweise die Rücken- und Kreuznerven, von wo aus die apoplectischen Lähmungen immer ausgehen, mit magnetisirt werden müssen.« Der Verfasser glaubt

also, dass apoplectische Lähmungen nicht vom Gehirn oder Rückenmark, sondern von den Nerven ausgehen! Wir bedauern hiernach erklären zu müssen, dass das vorliegende Werk den Forderungen, die man an eine wissenschaftliche Bearbeitung der Lehre vom Mineralmagnetismus in medicinischer Hinsicht stellen muss, keineswegs Genüge leistet. — Druck und Papier sind sehr gut.

Kanka.

Die jod- und bromhältigen Heilquellen von Castrocaro im Grossherzogthume Toscana. Beschrieben von Alois Raspi, Dr. der Medicin und Chirurgie, pract. Ärzte in Wien. Wien, bei F. Tendler et Comp. 1847. 46 S. kl. 8.

Die Quellen von Castrocaro, in einer anmuthigen Gegend der sogenannten Romagna Toscana, an der von Florenz nach Forli führenden Hauptstrasse gelegen, wurden erst in den letzten Jahren Gegenstand der Aufmerksamkeit dortiger Ärzte. Nachdem nämlich Prof. Targioni-Tozzetti in Florenz einen bedeutenden Jodgehalt dieser Quellen nachgewiesen hatte, wurden zahlreiche Versuche mit dem Gebrauche derselben in verschiedenen Krankheiten vorgenommen. Der günstige Erfolg veranlasste zu wiederholter Anwendung; der Besitzer der Quellen sorgte für deren zweckmässige Fassung, für bequeme Unterkunft von Gästen und endlich selbst für passende Füllung des Mineralwassers in Flaschen und Versendung desselben. Letzterer Umstand ist wohl für die Entfernteren von besonderer Wichtigkeit, da es nur Wenigen gestattet sein wird, das Wasser an Ort und Stelle zu gebrauchen. Der Verf. gibt nebst einer topographischen Schilderung der Umgebung auch die Resultate einer genauen Analyse dieses Mineralwassers, und der über die Anwendung desselben bisher gemachten ärztlichen Erfahrungen. Hiernach dürfte es allerdings in den entsprechenden Krankheitsfällen eine um so grössere Wirksamkeit entfalten, als aus der Vergleichung mit anderen Jod-Quellen hervorgeht, dass das Wasser von Castrocaro jenes von Iwonicz und die Adelheidsquelle an Jodnatriumgehalt weit übertrifft. — Die äussere Ausstattung des Schriftchens ist nett.

Kanka.

Medicinische Bibliographie vom Jahre 1846.

Binswanger (Dr. Ludw.), pharmacolog. Würdigung der Borsäure, des Borax und anderer borsauren Verbindungen in ihrer Einwirkung auf den gesunden und kranken thierischen Organismus. Ein Beitrag zur organ. Chemie und Heilmittellehre. Gekrönte Preisschrift. gr. 8. (XII und 85 S.) München, *Palm's* Hofb. Geh. 30 kr.

Jahresbericht über die Fortschritte der gesammten in- und ausländischen Medicin in dem Jahre 1845. Im Verein mit mehreren Ärzten herausgegeben von Dr. A. Goeschen. III. Jahrg. 4 Hefte. gr. Lex-8. (1. Heft S. 1—200). Leipzig, *O. Wiegand.* 7 fl.

Janus. Zeitschrift für Geschichte und Literatur der Medicin, herausgegeben von Dr. A. W. E. Th. Henschel. I. Bds. 4. Heft. gr. 8. (VI und S. 705—875). Breslau, *Trewendt.* Geh. 1 fl. 54 kr.

Koch (Dr. A. L.), die beste Behandlung des Kindes bei der Geburt und von da bis zum Ende des ersten Zahnens. 8. (121 S.) Reutlingen, *Mäcken* Sohn. Geh. 36 kr.

— (C. L.), die Arachniden. 13. Bd. 2.—4. Heft. Mit 18 fein ausgem. Tafeln. gr. 8. (S. 37—148.) Nürnberg, *Zeh.* Geh. 1 fl. 20 kr.

Martin (Dr. Anselm, pract. Arzt), sind clinische Lehranstalten mit städtischen Krankenhäusern ohne Nachtheil vereinbar? Mit Rücksicht auf ihre gegenseitigen Verhältnisse in München und zugleich als Widerlegung der von dem k. b. Geh. Rathe Phil. v. Walther dem allgemeinen Krankenhause zu München angeschuldigten Mängel. Nebst einem Briefe über die Walther'schen Anschuldigungen vom Geh. Rathe Dr. Franz X. v. Häberl gr. 8. (70 S.) München, *Palm's* Hofb. Geh. 30 kr.

Mémoire *sur le rétrécissement et l'oblitération de l'intestin dans les hernies; par P. E. Guignard. In-4. de 7 feuilles. Impr. de Rignoux, à Paris. — À Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.*

Müller (Dr. A), Medicinalrath zu Wiesbaden, medicinische Topographie der Stadt Wiesbaden nebst einem Beitrage zur Kenntniss der Heilwirkungen ihrer Thermalquellen. gr. 8. (VI u. 207 S.) Wiesbaden, *Beyerle.* Geh. 1 fl. 30 kr.

Teucher (Dr. W. S.), Reise in die Seebäder bei Triest und Venedig und in das Wildbad Gastein. Ein Reisetagebuch für Curgäste und Vergnügungsreisende. 16. (VIII u. 247 S.) Grimma, *Verlags-Compt.* Geh. 1 fl.

Gedruckt bei J. P. Sollinger.